**Doit être rendu avec le formulaire d’inscription + 1 vignette de mutuelle.**

**Fiche de santé 2020**

**NOM** et **prénom** du participant : ………………………………………………..…………………………….…………..

Date de naissance : …………………………….. Age : …………

Adresse : Rue…………………………….…………………………N°…………………………

CP : ……………………………Localité :……………………………………………………….

Téléphone/GSM : …………………………………………………………………………………………………………………………….

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personne à contacter en cas d’urgence** :

Nom et prénom  :………………………………………… lien de parenté : …………………………… Tél : …………………..

Nom et prénom  :………………………………………… lien de parenté : …………………………… Tél : …………………..

Nom du médecin traitant : ………………………………………………………………….Tél : ……………………………..…....

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etat de santé actuel de l’enfant** : TB/B/Moyen

Suit-il/elle un traitement médical? OUI/NON

Groupe sanguin : ……………………………..…..

Poids : …………………….. Taille : ……………………..

Où l’enfant vit-il habituellement ? FAMILLE/ INSTITUTION

Type d’enseignement : Général / Spécial Année : …………………………..

Suit-il/elle un régime alimentaire précis? (allergies, intolérance, ……….)

L’enfant souffre-t-il occasionnellement de :(si oui, traitement habituel)

**🞎** Diabète : OUI/NON ……………………………………………………………………………………………………………

**🞎** Maladie cardiaque : OUI/NON …………………………………………………………………………………………..

**🞎** Epilepsie : OUI/NON ………………………………………………………………………………………………………….

**🞎** Affection de la peau : OUI/NON ……………………………………………………………………………………….

**🞎** Maladie contagieuse : OUI/NON ……………………………………………………………………….. …………..

**🞎** Asthme : OUI/NON ………………………………………………………………………………………………………….

**🞎** Saignement de nez : OUI/NON ………………………………………………………………………………………..

**🞎** Maux de tête : OUI/NON …………………………………………………………………………………………………..

**🞎** Maux de ventre : OUI/NON ……………………………………………………………………………………………..

**🞎** Mal de route : OUI/NON …………………………………………………………………………………………………

L’enfant a-t-il subi une intervention grave, si oui laquelle ? OUI/NON : ………………………………………………………

Est-il/elle allergique à certaines substances ou médicaments, si oui lesquels ?

 OUI/NON : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

A-t-il/elle été vaccinée contre le tétanos ? OUI/NON (si oui en quelle année) ….………………………………

**Remarque importante concernant l’usage de médicaments**

Les animateurs disposent d’une boite de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l’attente de l’arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient. Du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmant en cas de piqûre d’insectes.

**Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la plaine de vacances 2020 : OUI/NON**

Conformément au Règlement général de protection des données (RGPD), vos données ci-dessus seront traitées par la plaine de vacances «Plaine Vacances Découverte». Ce traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de votre enfant.

**Nom du signataire** :…………………………………………………………………………

**Date et signature** : ………………………………………………………………………………